

**DATA SOP PENERBITAN REKOMENDASI SIP NAKES YANG DIKELUARKAN OLEH DINAS KESEHATAN KABUPATEN INDRAMAYU**

NO	JENIS PELAYANAN YANG DIBERIKAN/DISELENGGARAKAN (PENERBITAN REKOMENDASI)	DASAR HUKUM	PROSEDUR PELAYANAN	PERSYARATAN	SARANA DAN PRASARANA	WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
1	SIP ( Surat Izin Praktik )Dokter dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi	PERMENKES RI No : 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR Surat Tanda Regisreasi yang Dilegalisir asli olek Konsil Kedokteran Indonesia - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat Persetujuan dr atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pd instalasi/fasilitas palyanan kesehatan Pemerintah atau instalasi/fasiltas pelayana lain scr paripurna - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
2	SIPP ( Surat Izin Praktik Perawat ) SIK P ( Surat Izin Kerja Perawat )	Undang Undang RI No : 38 Tahun 2014 Tentang Izin danKeperawatan	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy SIP /Surat izin Perawat - Surat Keterangan Sehat dari dokter - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Puskesmas Klinik Swasta  Praktik Pribadi	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
3	SIPB ( Surat Izin Praktik Bidan )	PERMENKES RI No : 28 Tanun 2017 Tentang Izin dan Pelayanan Praktik Bidan	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy SIB /Surat izin Bidan - Surat Keterangan Sehat dari Dokter yang memiliki SIP - Pas fototo Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar ) - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat rekomendasi dari organisasi Profesi	Rumah Sakit Puskesmas Klinik Swasta Praktik Pribadi	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
4	SIPA (Surat Izin Praktik Apoteker )	Surat Edaran Nomor HK.02.02 /MENKES/24/2017 Tentang Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi Izin Praktik Dan Izin Kerjav Tenaga Kefarmasian	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Surat permohonan pengajuan pembuatan SIPA - Foto Copy STRA dengan Menunjukkan STRA Asli - Surat pernyataan mempunyai tempat Praktik Profesi atau Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kefarmasian - Surat Persetujuan atasan langsung - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar ) - Foto Copy SIP ke 1 dan SIPA ke 2	Rumah Sakit Apotik Distribusi/penyalur Klinik Swasta Puskesmas  Prektek Bersama	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
5	SIPTTK (Surat Ikin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian )	Surat Edaran Nomor HK.02.02 /MENKES/24/2017 Tentang Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi Izin Praktik Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Surat permohonan pengajuan pembuatan SIPA - Foto Copy STRTTK dengan Menunjukkan STRTTK Asli - Surat pernyataan mempunyai tempat Praktik Profesi atau Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kefarmasian - Surat Persetujuan atasan langsung - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar ) - Foto Copy SIP ke 1 dan SIPA ke 2	Rumah Sakit Apotik Toko Obat Klinik Swasta Distribusi/penyalur  Puskesmas	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
6	SIP- ATLM (Surat Izin Praktek Ahli Teknologi Medis)	PERMENKES RI No : 42 Tahun 2015 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Medis	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR ATLM - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Surat keteranagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-

NO	JENIS PELAYANAN YANG DIBERIKAN/DISELENGGARAKAN (PENERBITAN REKOMENDASI)	DASAR HUKUM	PROSEDUR PELAYANAN	PERSYARATAN	SARANA DAN PRASARANA	WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
7	SIP-E (Surat Izin Praktik Elektro Medis)	PERMENKES RI No : 45 Tahun 2015 Tentang Izin dan Pelayanan Praktik Elektromedis	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - E - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Surat keteranganagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
8	SIK-PM (Surat Izin Kerja Perekam Medis)	PERMENKES RI No : 55 Tahun 2013 Tentang Izin dan Pelayanan Pekerjaan Perekam Medis	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - PE - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Surat keteranganagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
9	SIKTGZ (Surat Izin Kerja Tenaga Gizi)	PERMENKES RI No : 26 Tahun 2013 Tentang Izin dan Pelayanan Tenaga Gizi	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STRA - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Surat keteranganagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
10	SIKR (Surat Izin Kerja Tenaga Radiografi)	PERMENKES RI No : 357 /MENKES/PER/V/2006 Tentang Registrasi Dan Ijin Kerja Radiografer	Pemohon Mengajukan permohonan Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR Radiologi - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranganagn Sehat - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
11	SIKTS (Surat Izin Kerja Tenaga Sanitarian)	PERMENKES RI No : 32 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Pekerjaan Tenaga Sanitarian	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranganagn Sehat - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
12	SIKF (Surat Izin Kerja Fisioterapi)	PERMENKES RI No : 65 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Fisioterapi	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR Fisioterapi - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranganagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Klinik Swasta	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
13	SIK REFRAKSIONIS (Surat Izin Kerja Fraksionis)	Permemkes RI No : 19 tahun 2013 Tentang Penyele nggaraan Pekerjaan Refraksionis Optisien dan Optometri	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranganagn Sehat - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Klinik Swasta OPTIKAL	5 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-

NO	JENIS PELAYANAN YANG DIBERIKAN/DISELENGGARAKAN (PENERBITAN REKOMENDASI)	DASAR HUKUM	PROSEDUR PELAYANAN	PERSYARATAN	SARANA DAN PRASARANA	WAKTU PENYELESAIAN	BIAYA
14	SIPTGM (Surat Izin Prakti Terapis Perawat Gigi Mulut )	PERMENKES RI No : 20 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Terapis Perawat Gigi Mulut	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranagn Sehat - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Apotik Puskesmas Klinik Swasta	7 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
15	SIP PERAWAT ANASTESI	PERMENKES RI No : 18 Tahun 2016 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat Penata Anastesi	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat keteranagn Sehat - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah sakit	7 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-
16	SIP TKV (Surat Izin Praktik Teknisi Kardiovasku	PERMENKES RI No : 30 Tahun 2015 Tentang Izin dan Pelayanan Praktik Teknisi Kardiovaskuler	Pemohon Mengajukan permohonan Izin Praktik Sesuai Profesinya dengan membawa persyaratan yang diminta sesuai dengan perundang undangan yang berlaku	- Foto copy STR - TKV - Surat Pernyataan Pemilik Sarana atau pimpinan tempat Praktik Pemohon - surat rekomendasi dari organisasi Profesi - Surat Pernyataan mempunyai tempat Praktik - Surat keteranagn Sehat - Pas foto Berwarna 4 X 6 2 ( dua lembar )	Rumah Sakit Klinik Swasta	7 hari Kerja (Semua Persyaratan Lengkap )	-

Kepala Bidang SDK

**Hi. SUCI RUSWANI, SKM.MM**  
NIP. 19660818 198603 2 006